

**CARLOS VINÍCIUS NOVAES DE ANDRADE**

**ANÁLISE DE DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA EM 69  
ANASTOMOSES COLÔNICAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a obtenção  
do Grau de Médico no Curso de Graduação  
em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

**CARLOS VINÍCIUS NOVAES DE ANDRADE**

**ANÁLISE DE DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA EM 69  
ANASTOMOSES COLÔNICAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a obtenção  
do Grau de Médico no Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. EDSON JOSÉ CARDOSO**

**Orientador: Prof. Dr. ARMANDO JOSÉ d'ACAMPORA**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e fiel escudeiro, Prof. Dr. ARMANDO JOSÉ d'ACAMPORA, pelos incansáveis esforços dispendidos para comigo e a sua brilhante capacidade de crítica construtiva sem a qual não teria construído tal obra.

Ao meu amigo KUANG HEE LEE, pelo incansável apoio cedido, sem o qual, minha jornada teria sido mais árdua.

Aos Setor de Arquivo Médico do Hospital de Caridade: OILSON, ELIANE e ELOISA, pela pelos favores prestados.

Ao Dr. WILMAR DE ATHAYDE GERENT e ao Dr. JAIRO VIEIRA, que facilitaram meu trabalho junto ao SAME respectivamente do Hospital de Caridade e Hospital de Florianópolis.

À Prof. Dra. SILVIA MODESTO NASSAR, pelas orientações e dicas, sem as quais teria sido mais difícil o caminho até a conclusão desta tese.

Aos meus amigos GIOANNI BARP GARCIA, GUSTAVO WOLOWSKI e RAFAEL MACHADO PACHECO, pelo apoio nas horas que mais precisei.

Principalmente à minha mãe LEILA NOVAES DE ANDRADE, meus irmãos LEONARDO NOVAES DE ANDRADE e ANNA CARLA NOVAES DE ANDRADE e ao meu pai CARLOS AUGUSTO VIANNA DE ANDRADE, pela compreensão e ininterrupto apoio concedido.

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO	03
3. MÉTODO	04
4. RESULTADOS	09
5. DISCUSSÃO	14
6. CONCLUSÕES	20
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
8. NORMAS ADOTADAS	29
9. RESUMO	30
10. SUMMARY	31
11. APÊNDICE	32
12. ANEXO	33

# 1. INTRODUÇÃO

Complicações como infecção e fístulas em cirurgia ainda hoje são temidas e de suma importância quanto a morbidade e letalidade dos pacientes.

Tal temor é constante em todos os cirurgiões.

No século XVIII e meados do século XIX, a vivência com quadros infecciosos pós-cirúrgicos apresentava como único sinal de melhor prognóstico o chamado "louvável pus", pois só assim era realizada a identificação do foco infeccioso, não havendo ainda a compreensão do quadro séptico desencadeado pelo processo.

As técnicas de anti-sepsia e assepsia introduzidas por (LISTER(1867) e (HALSTED(1891), na metade do século XIX, disseminaram-se pelo mundo científico, diminuindo as taxas de complicações infecciosas trans e pós-operatórias.

Porém o grande avanço no combate às infecções adveio com a descoberta da penicilina por FLEMING (1928) e seu emprego na prática médica por FLOREY (1940). Tal fato revolucionou o tratamento das infecções na medicina e principalmente em cirurgia.

Em se tratando de cirurgia do aparelho digestivo, a abordagem cirúrgica em tal sistema, é considerada um procedimento potencialmente contaminado, pois a concentração de bactérias aumenta gradativamente, da parte proximal para distal do tubo. Portanto cirurgias que incorrem em anastomoses viscerais, correm o risco, embora calculado, da ocorrência de deiscências e fístulas, podendo evoluir para a sepse e até ao óbito, se não forem tomadas

precauções para evitá-las, tais como boa assepsia e anti-sepsia, preparo de colo eficiente, preservação da vasculatura, delicadeza no manuseio das alças, aproximação correta dos bordos sem eversão de mucosa dentre outras (GOLIGHER et al. 1984, GULATI et al. 1982). *Se esta não for a solução com o grupo?*

Importantes contribuições vieram de trabalhos publicados por autores como LEMBERT (1988), Travers (in 03), HALSTEAD (1891) que já no século XIX, nortearam as noções de técnicas de sutura manual nos diversos segmentos do tubo digestivo, assim como o pioneiro em sutura mecânica do trato digestório foi HULTL (1909), cujos primeiros trabalhos foram inicialmente criticados e postos em descrédito (GOLIGHER et al. 1984)

A perda da integridade de uma anastomose, é ainda hoje uma complicação freqüente que muitas vezes pode levar à sepse abdominal, implicando em altas taxas de letalidade (RAVO et al. (1988; MORGENSTERN et al. (1972; GOLIGHER et al. (1970; KORUDA e ROLANDELLI, 1990; TERZIOGLU, SONMEZ e ELDEGEZ, (1990;) MARTENS e HENDRIKS (1991). Várias técnicas de anastomose intestinal foram desenvolvidas, tanto com suturas manuais quanto mecânicas, porém ainda com um percentual de deiscências e fístulas proporcionalmente alto, percebendo-se o quanto este assunto é vasto, praticamente inesgotável.

## **2. OBJETIVO**

Analisar a incidência de deiscências anastomóticas em cirurgias com anastomose sobre o colo e reto.

### 3. MÉTODO

#### AMOSTRA

Analisou-se, em estudo descritivo e longitudinal, 65 pacientes, no período de março de 1982 á dezembro de 1997, submetidos à 69 anastomoses envolvendo o colo e o reto (n=69), no Hospital de Caridade e no Hospital de Florianópolis, em Florianópolis, Santa Catarina.

Os dados para realização do trabalho, foram obtidos através de informações contidas nos prontuários médicos, de 65 pacientes operados pelo mesmo cirurgião, sendo que 33 pacientes eram do sexo masculino e 32 pacientes do sexo feminino; numa faixa etária que variou dos 16 aos 79 anos, sendo-que dados-quanto-etnia-também-foram-analisados.

Nesta amostragem houve pacientes operados mais de 1 vez, por tal razão o número total de anastomoses foi n= 69, considerando-se como n, o número de anastomoses.

Com relação á doença básica, foram relatadas as moléstias responsáveis diretamente pela disfunção anatomo-fisio-patológica do segmento cólico ou retal envolvido (apêndice).

Os pacientes foram distribuídos em 2 grupos:

Grupo 1 – n= 08

Neste grupo foram incluídos os pacientes submetidos a anastomose mecânica do colo (*stapler*)



### Grupo 2 – n= 61

Neste grupo todos os pacientes foram submetidos a anastomose manual do colo.

Dentro do grupo 2 (n=61 ), os pacientes foram distribuídos conforme o tipo de sutura utilizada.

### Subgrupo 2P – n= 28

Este subgrupo é composto pelas anastomoses realizadas com sutura em dois planos, sero-muscular e sero-seroso.

### Subgrupo 2PU – n= 33

Este subgrupo é composto pelas anastomoses realizadas com sutura em plano único sero-muscular.

## DADOS ANALISADOS

Nos 2 grupos foram analisadas e comparadas as informações obtidas do protocolo previamente confeccionado (Anexo 1)

O preparo de colo foi realizado, nas cirurgias eletivas, com Manitol à 20% na quantidade de 500 mililitros (ml) e suco de laranja, 500 ml ingeridos no dia anterior à operação, num total de 1000 ml.

Foi analisada a incidência da deiscência de anastomose, caracterizada por extravazamento de secreção fecalóide e com odor fecal pelo dreno, ~~quando na~~ presença de desnutrição, tendo como referencial a baixa dosagem de proteínas totais e albumina, não importando aqui caracterizá-la em níveis. Por tal razão só

houve o registro dos casos onde a dosagem de proteína total sérica estava abaixo de 6,3g/dl e a de albumina estava abaixo de 3,5g/dl. ( )

Foram incluídos no presente estudo, somente pacientes submetidos à cirurgia com anastomose de colo e reto, compreendendo o segmento entre a válvula íleo-cecal e a borda anal, sendo as anastomoses entero-entéricas excluídas da análise.

Analisou-se as complicações infecciosas pós-operatórias, até a alta hospitalar, dentre as quais estão: deiscência de anastomose, abscesso intracavitário, peritonite, fístulas estercorais externas e internas, sepse abdominal e os óbitos relacionados à deiscência anastomótica.

Quanto aos casos que desenvolveram deiscência anastomótica evoluindo com fístula, foi analisado a data do diagnóstico, não importando classificar quanto ao grau, devido à pequena amostra de casos com deiscência de anastomose.

## PROCEDIMENTOS

### PRÉ-OPERATÓRIO

#### *Rotina laboratorial*

- Hemograma
- Parcial de Urina
- Parasitológico de fezes
- Dosagem de proteínas séricas totais e frações
- Marcadores tumorais

#### *Rx de Tórax*

#### *Enema Opaco*

#### *Retosigmoidoscopia*

## *Eletrocardiograma*

### ANESTESIA

Os pacientes de ambos os grupos, foram submetidos á anestesia geral, cujas medicações e respectivas dosagens estavam, de acordo com os critérios do anestesista no momento da cirurgia e com as condições clínicas do doente. (ASA)

### TÉCNICA OPERATÓRIA

Todos os pacientes foram operados em decúbito dorsal, seguindo-se à anti-sepsia com iodopovidona e colocação de panos estéreis delimitando o campo operatório. A incisão foi mediana supra e infraumbilical, para ambos os grupos. Respeitou-se a abordagem por planos: pele, tecido celular subcutâneo, aponeurose, gordura pré-peritoneal e peritônio.

Após o inventário da cavidade, para a ressecção do segmento doente, seguindo-se os princípios de (HALSTEAD 1891), a escolha do tipo de anastomose, manual ou mecânica, adveio das características da própria anastomose, de conformidade com a dificuldade técnica da sua realização (anastomose muito baixa) e da disponibilidade do grampeador. Tal que no grupo 1, as anastomoses eram do tipo mecânicas, plano único e com *stapler*.

No grupo 2, as anastomoses eram do tipo manual, podendo ser em plano único sero-muscular, ou dois planos, sero-muscular e sero-seroso (a discriminação encontra-se em tabela no anexo)

O tipo de fio empregado nas suturas manuais foi a ácido poliglicólico, em pontos separados nas anastomoses em plano único e categute cromado 3 000 em plano total, sutura do tipo SCHIMIEDEN e seda 3 000 em plano sero-muscular, pontos de LEMBERT, nas anastomoses em 2 planos.

A lavagem exaustiva da cavidade foi realizada de rotina, quando na presença material entérico, purulento ou fecalóide, e drenagem da mesma com

pelo menos dois drenos de PENROSE, localizados nas goteiras parieto-cólicas direita ou esquerda, revisão de hemostasia, fixação de drenos à parede e por fim, a síntese de cavidade por planos.

Para peritonização utilizou-se fio de catagute cromado 0, aponeurose com mononylon ou fio de polipropileno 0 em chuleio contínuo interrompido a cada 3 pontos, tecido celular subcutâneo com catagute simples 2 00 e pele com mononylon 3 000.

### PÓS-OPERATÓRIO

Quanto a evolução no pós-operatório, procurou-se caracterizar as complicações infecciosas (anexo 1), colhidas a partir de informações contidas nos prontuários dos respectivos doentes, preenchidos pela equipe médica.

O esquema de anitibióticoterapia pós-operatória adotado, esteve de acordo com os achados de infecção no pré-operatório e trans-operatório, e com a evolução clínica do paciente no pós-operatório (apêndice x).

Para a análise dos resultados aplicou-se o teste de Mc NEMAR, (REMLINGTON e SCHORK, 1975), com o objetivo de comparar a incidência de deiscência de anastomose entre algumas variáveis que estão presentes no Método.

Para todas as análises estatísticas realizadas o nível de rejeição da hipótese de nulidade foi de 5% ( $\alpha \leq 0,05$ ) e assinalou-se com um asterístico os valores significantes.

↑  
Considerado como

## 4. RESULTADOS

Os grupos 1 e 2 totalizaram 65 pacientes, com idade entre 16 e 79 anos, visto que 33 eram do sexo masculino, 32 do feminino e todos os casos eram da raça branca (Tabela I).

TABELA I - Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas  
Distribuição dos 65 pacientes conforme a faixa etária

Faixa etária (anos)	Nº de Pacientes
11 - 20	01
21 - 30	05
31 - 40	06
41 - 50	12
51 - 60	11
61 - 70	20
71 - 79	10
Total	65

TABELA II - Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas  
Distribuição dos 65 pacientes (n= 65) por sexo nos 2 grupos

Sexo	Grupo 1 (n= 08)	Grupo 2 (n= 57)	Total
Masculino	03	30	33
Feminino	05	27	32
	8	57	65

TABELA III - Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas  
Relação preparo de colo x deiscência anastomótica

	Preparo de colo	Nº de casos com DA	%
Com	61	13	21,31
Sem	08	01	12,50
Total	69	14	20,29

Teste de Mc NEMAR

P = 0,2635 ou 26,35 %

Teste X<sup>2</sup>

P= 0,5601 ou 56,01 %

Tabela IV – Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas  
Relação dosagem de proteína total e/ou albumina x incidência de DA

	Nº Casos	Nº casos com DA	%
PT e/ou ALB Normais	23	4	17,39
PT e/ou ALB Baixas	03	1	33,33
Total	26	5	

Teste de Mc NEMAR

P= 0,00983 ou 9,83 %

Teste X<sup>2</sup>

P= 0,5657 ou 56,57 %

Tabela V – Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas

Relação dos Grupos 1 e 2 com ocorrência de DA

	Sem DA	%	Com DA	%	Total
Grupo 1	05	62,50	03	37,50	08
Grupo 2	50	81,97	11	18,03	61
Total	55	79,71	14	20,29	69

Teste de Mc NEMAR

P= 0,2113 ou 21,13 %

Teste X<sup>2</sup>

P= 0,1997 ou 19,97 %

Tabela VI – Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas

Relação dos subgrupos 2P e PU com ocorrência de DA

	Sem DA	%	Com DA	%	Total
Subgrupo PU	26	85,71	07	14,29	33
Subgrupo 2P	24	78,79	04	21,21	28
Total	50	81,97	11	18,03	61

Teste de Mc NEMAR

P \* = 0,00406 ou 4,06 %

Teste X<sup>2</sup>

P= 0,4832 ou 48,32 %

Tabela VII – Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas

Relação localização anatômica da sutura com ocorrência de DA

Segmento Colônico	Com DA	Sem DA	Total
Colo ascendente	00	05	05
Colo transverso	01	20	21
Colo descendente	00	02	02
Colo sigmóide	02	15	17
Reto	11	13	24
Total	14	55	69

Não foram realizadas análises estatísticas por haver um número grande de variáveis comparado ao número da amostra.

Tabela VIII – Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas

Período pós-operatório (PO), de aparecimento de fístulas nos pacientes com ocorrência de DA.

Dia(s) de PO	Nº de casos
03	01
04	00
05	05
06	01
07	04
08	02
09	01
Total	14

O tempo médio de aparecimento das fístulas foi de 6,42 dias



Tabela IX – Análise de deiscência anastomótica em 69 anastomoses colônicas

Taxa de mortalidade nos casos de DA

Nº de casos de DA	Resolução da DA	Óbitos	%
14	11	03	21,43

## 5. DISCUSSÃO

As anastomoses entre os segmentos intestinais, são e serão objeto de estudo obrigatório do cirurgião dedicado às afecções abdominais. Desde a sutura ou não do peritônio parietal, a escolha do fio e o tipo de sutura, manual ou mecânica, assim como a colocação ou não de drenos ainda são assuntos controversos (d'ACAMPORA et al. 1994; HALSTED (in 13) )

A incidência de deiscência de anastomose na literatura é variável e incerta. Neste estudo a incidência global de deiscência anastomótica foi de 20,28%, apesar de ser um valor elevado, está de acordo com trabalhos que revelam taxa de incidência de deiscência anastomótica em torno de 2 à 23% (ADAM et al. 1967; ZOLLINGER e SHEPPARD 1971; MATHESON e IRVING 1976; MORGENSTERN et al. 1972; DEBAS e THOMSON 1972; WARA et al. 1981; d'ACAMPORA et al 1994. )

Entretanto nestes estudos o diagnóstico da deiscência anastomótica, foi realizado a partir de achados clínicos como: febre, íleo paralítico, dor abdominal e extravasamento de secreção fecalóide seja pelo dreno ou por fístula entero-cutânea, durante a avaliação clínica, e dados laboratoriais como leucocitose com desvio à esquerda. Analisando-se os resultados de outros autores, que utilizaram raio-x contrastado para o diagnóstico de pequenos extravazamentos sem tradução clínica evidente, a incidência de deiscência da anastomose pode atingir valores de 24 à 69% (GOLIGHER et al. 1970)

O preparo de colo eficiente, é um dos importantes fatores para se evitar a deiscência de uma anastomose colônica, (SABISTON 1979).

Nos pacientes onde ocorreu o preparo do colo, este foi realizado com Manitol a 10%, conforme recomenda a literatura (D'ACAMPORA et al. 1994).

O preparo mecânico do colo é importante para eliminar a presença de fezes, diminuindo a população bacteriana no local onde será feita a anastomose (GOLIGHER et al. 1984). No entanto somente o preparo mecânico do colo, não tem mostrado diminuição na incidência da deiscência de anastomose por contaminação bacteriana (IRVING e SCRIMGEOUR 1987; CONDON 1982).

Neste estudo a análise da incidência de deiscência anastomótica foi de 21,31%, no grupo que realizou preparo intestinal e no grupo onde não foi realizado preparo intestinal a incidência de deiscência anastomótica foi de 12,50%, apesar destes dados serem estatisticamente insignificantes tanto pelo teste de Mc NEMAR ( $p = 0,26$ ) quanto pelo teste do  $X^2$  ( $p = 0,56$ ).

Neste particular, há a intenção de uma investigação em estudo experimental a ser realizado posteriormente, para efetivar a eficácia do método antes de rotulá-lo como ineficiente, pois o insucesso de uma anastomose colônica independe de um único fator envolvido, mas sim da associação de vários fatores na gênese da deiscência, tais como:

- a. Antibioticoprofilaxia cujas associações são bastante variadas, conforme (GOLIGHER et al. (1984) SCHWARTZ et al. (1994), neste trabalho, como já relatado, foram utilizadas várias espécies de antibióticos, sendo que o mais utilizado foi o Cloranfenicol.
- b. Derivação proximal, embora tal procedimento isoladamente, também não garanta um baixo índice de deiscência anastomótica (WARA et al. 1981)
- c. Fatores locais como: infecção próxima do local da anastomose, edema da parede intestinal anastomosada, insuficiência vascular da borda intestinal suturada, anastomose sob tensão, obstrução distal no pós-operatório, presença de peritonite. (d'ACAMPORA et al. (1994)

mostrou um percentual de 43,7% de deiscências anastomóticas na presença de infecção abdominal.

- d. Fatores sistêmicos como: idade, desnutrição, coagulopatia, uremia, diabetes mellitus, uso prévio de corticoterapia, obesidade (MONGESTERN et al., 1972)

Dentre os fatores sistêmicos, já citados, os quais podem influenciar na cicatrização da anastomose, está o estado nutricional do indivíduo (SCHWARTZ et al. 1994; MORGENSTERN et al. 1972; NITSCHKE e d'ACAMPORA 1994).

Neste estudo, a análise estatística que correlaciona níveis de proteína sérica normais ou baixos, com a incidência de deiscência anastomótica, revelou-se insignificante estatisticamente, tendo o teste do  $\chi^2$ ,  $p=0,56$  e teste de McNEMAR  $p=0,09$ . Todavia a amostra com dosagem baixa de proteína total ou albumina sérica, revelou um percentual de deiscência anastomótica que foi de 33,33 % e portanto, maior que a amostra com albumina normal, que mostrou 17,39 %. Tais resultados confirmam os achados de outros autores como: MULLER et al. (1979); HOLTER e FISCHER (1977); MOGHISSI et al. (1977); SOETERS et al. (1982).

Atualmente tem se usado cada vez mais anastomoses com stapler (d'ACAMPORA 1990), pois ao que parece tal método apresenta inúmeras vantagens sobre as anastomoses com suturas manuais, desde que em mãos experientes, tais como: menor tempo operatório, a linha de sutura se torna mais homogênea, há menor trauma tissular e o sangramento é menor (STEICHEN 1973), segundo BOLTON (1980), o tempo de hospitalização é menor, há autores que afirmam uma redução na incidência de colostomia de 55% para 7% (GOLDBERG e STANLEY 1985) e REIS observou maior facilidade para se anastomosar segmentos colônicos baixos e para a reconstrução de trânsito após cirurgia de Hartmann. Entretanto as desvantagens existem, tais como: falha do

equipamento, erro técnico do profissional mal habilitado e principalmente o alto custo para os hospitais da previdência pública, (d'ACAMPORA 1990).

A eficácia do método foi analisada, por este trabalho quando foi comparada a incidência de deiscência anastomótica no grupo 1, que utilizou anastomose com stapler e no grupo 2 com sutura manual. Observou-se que o índice de complicações foi maior no grupo 1, há que se considerar tal resultado, apesar de ser estatisticamente insignificantes pelo teste  $X^2$  ( $p=0,19$ ) e pelo teste de Mc NEMAR ( $p=0,21$ ), sendo que CUBERTAFOND et al. (1992) obteve achados semelhantes.

Porém EVERETT et al. (1986), relata uma incidência de deiscência anastomótica igual, quando se comparou o método de anastomose por sutura manual com o grupo onde foi usado stapler. Já (CUTAIT et al. 1986), com uma significativa amostra de 247 pacientes com câncer de reto, observou que incidência de deiscência de anastomose e a mortalidade foram maiores no grupo que teve anastomose feita por sutura manual, *o que coincide com o resultado deste estudo.*

Quanto a técnica de sutura manual, foram utilizados dois métodos, um no qual a sutura é feita em um plano único (sero-muscular) correspondendo ao subgrupo PU e o outro em dois planos (sero-muscular e sero-seroso) correspondendo ao subgrupo 2P.

Autores como (HALSTED(1887) E GAMBEE(1956)), demonstraram que a técnica de sutura em plano único, invertendo-se a mucosa, tinha resultados tão bons quanto aqueles que utilizaram a técnica em dois planos preconizada por LEMBERT, (GOLIGHER. et al. 1984)

\* (MATHESON (1976), relata que a incidência de estenose da área anastomosada é menor quando se usa sutura em plano único do que em dois planos, tais vantagens não foram evidenciadas neste presente trabalho principalmente quando se analisa a incidência de deiscência anastomótica, que

no subgrupo PU foi 63,64 % sobre o total dos casos de deiscência, tal que comparado ao subgrupo 2P que obteve 36,36 %.

A análise estatística, utilizando-se dos métodos:  $\chi^2$ , evidenciou  $p=0,48$  e Mc NEMAR  $p=0,04$ . Portanto pelo teste de Mc NEMAR, sendo assim tal resultado pode ser considerado estatisticamente significativo.

Como já citado, o potencial de contaminação de uma anastomose sobre as vísceras do trato digestório, é gradativamente maior quando se afasta da boca em direção ao anus. Goligher, em vista disto, analisando-se a abordagem sobre o colo e o reto, quanto à incidência de deiscência anastomótica, notou-se que certos segmentos colônicos proximais, não tiveram complicação (colo ascendente e descendente) ou cujo índice de complicação foi baixo (colo transversos), entretanto o reto e o colo sigmóide foram os que apresentaram maiores índices de insucesso da anastomose. Tais resultados não puderam ser analisados estatisticamente, devido as discordâncias quantitativas entre os diferentes locais de anastomose.

A deiscência de anastomose colônica que manifesta-se pela presença da fístula, principalmente as que drenam precocemente e para dentro da cavidade abdominal, são as mais preocupantes, pois estas levam facilmente o doente à peritonite generalizada, sepse abdominal e óbito, tal fato é mais comum em fístulas de cólon que em fístulas gástricas, duodenais ou de intestino delgado, cuja pior complicação é o desequilíbrio hidro-eletrolítico insipiente, tal que o prognóstico das fístulas colônicas é melhor que o das fístulas gastroduodenais ou de intestino delgado, (WEST et al. 1971; MILLER et al. 1968).

Neste estudo foram avaliados os casos de óbito cuja causa direta foi a deiscência anastomótica, não importando para o momento discriminar o tipo de tratamento adotado, se clínico ou cirúrgico

A taxa de mortalidade por deiscência anastomótica de anastomose colônica, é muito variável, há autores com taxa de mortalidade de 0 % como

(IRVING e SCRIMGEOUR 1987 e MATHESON et al. 1975); (WARA et al. 1981); com 1,7 % (MORGENSTERN et al. 1972); com 2,5 % (GOLIGHER et al. 1970); com 2,7 %, (CUBERTAFOND et al. 1992) com 3,7 %, (TRAVERSO E MOLMENTI 1981), com 4 %, (BRENNER et al. 1985) com 10,1 %, (WEST et al. 1961) com 11 %, (SOETERS et al. 1979 ) 16 %, (ARTIGAS et al. 1982) 19,41 %, (DEBAS et al. 1972) 34 %.

Este estudo teve taxa de mortalidade de 4,35% mostrando-se dentro dos menores índices de mortalidade.

## 6. CONCLUSÃO

① A incidência de deiscência anastomótica neste trabalho foi de 20,29 %.

2. Os métodos de anastomose intestinal atualmente são muitos, no presente estudo comparou-se as anastomoses intestinais feitas com stapler e através de sutura manual, concluiu-se que o melhor método ainda não está bem definido de acordo com os resultados do presente trabalho se comparado com a literatura.

3. Quanto ao preparo de cólon, concluiu-se que, este fator isolado não oferece segurança quanto à prevenção de deiscência anastomótica.

4. Nos pacientes com baixa dosagem de proteínas séricas, é esperado um maior índice percentual de complicações com a anastomose, conforme os achados da literatura (IRVIM-1973; IRVIM e GOLIGHER 1978).

⑤ A taxa de mortalidade encontrada foi de 4,35 %.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ① LISTER J, apud Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine: An illustrated History*. New York: Abrams Inc; 1987.
- ② HALSTEAD WS. Intestinal anastomosis. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1891; 2:1-4.
- ③ GOLIGHER J, DUTHIE H, NIXON H. *Surgery of the anus rectum and colon*. 5 ed. London: Baillière Tindal; 1984.
- ④ GULATI SM, THUSOO TK, KAKAR A, IYENDER B, PANDEY KK. Comparatiestudy of free omental peritoneal, Dracon velour, and Merlex mesh reinforceent of large-bowel anastomosis. *Dis Colon Rect* 1982; 25(6):517-21.
- ⑤ LEMBERT A. Study on intestinal suture with a description of a new procedure for performing this surgical operation. *Dis Colon Rectum* 1988; 31:489-94.
- ⑥ HULTL H. II Kongress der ungarichen gesellschaft fur chirurgie, Budapest. *Pester Med-Chir Press* 1909; 45:108 -10, 121-2.
- ⑦ RAVO B, METWALLY N, CASTERA P, POLANSKY PJ, GER R. The importance of intraluminal anastomotic fecal contact and peritonitis in colônic anastomotic leakages. *Dis Col Rect* 1988; 31(11):868-71.
- ⑧ MORGENSTERN L, YAMAKAWA T, BEM-SHOSHAN M, LIPPMAN H. Anastomotic leakage after low colonic anastomosis. *Amer J Surg* 1972; 123:104-9.
- ⑨ GOLIGHER JC, GRAHAM NG, DOMBAL FT. Anastomotic dehiscence after anterior resection of rectum and sigmoid. *Br J Surg* 1970; 57(2):109-18.
- ⑩ KORUDA MJ, ROLANDELLI RH. Experimental studies on healing of colonic anastomoses. *J Surg Res* 1990; 48:504-15.
- ⑪ TERZIOUGLU T, SONMEZ YE, ELDEGEZ U. The effect of postraglandin E1 on colonic anastomotic healing: a comparasion study. *Dis Colon Rectum* 1990; 33:44-8.
- ⑫ MARTENS MFWC, HENDRIKS T. Postoperative changes in collagen synthesis in intestinal anastomoses of the rat: differences between small and large bowel. *Gut* 1991; 32:1482-7.

13. MARTENS MFWC, DE MAN BM, HENDRIKS T, GORIS RJA. Collagen synthetic capacity throughout the uninjured and anastomosed intestinal wall. *Am J Surg* 1992; 164:354-60.
14. D'ACAMPORA AJ, TESSLER SF, NITSCHKE CAS, FRANZON O. A história da drenagem abdominal. *Arq Cat Med* 1994; 23(1):19-22.
15. ROJAB I, BRITO JÁ, TALOI NJ, ONÓFRIO PL, MELO JB. Estudo retrospectivo na apendicite aguda drenando ou não a cavidade peritoneal após apendicectomia. *Rev. Do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões* 1984; 11:149-52.
16. ADAM YG, VOLK H, STATE D. Low colorectal anastomosis after resection for cancer. *Surg Gynec Obst* 1967; 125:1259,
17. ZOLLINGER RM, SHEPPARD MH. Carcinoma of rectum and rectosigmoid. A view of 729 cases. *Arch Surg* 1971; 102:335-7.
18. MATHESON NA, IRVIN AD. Single layer anastomosis in the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstetr* 1976; 143(4): 619-24.
19. DEBAS HT, THOMSON FB. A critical review of colectomy with anastomosis. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 135(4):747-52.
20. WARA P, SØRENSEN K, BERG V. Proximal fecal diversion: Review of ten years' experience. *Dis Colon Rectum* 1981; 24:114-9.
21. SABISTON DC. Tratado de cirurgia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana; 1979.
22. IRVING AD, SCRIMGEOUR D. Mechanical bowel preparation for colonic resection and anastomosis. *Br J Surg* 1987; 74:580-1.
23. CONDON RE, NHUS LM. Manual de terapêutica cirúrgica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1982.
24. SCHWARTZ SI, SHIRES T, SPENCER FC, HUSSER WC. Principles of surgery. 6 ed. New York: Mc Graw Hill; 1994.
25. MULLER JM, DIENST C, BRENNER U, PICHLMAIER H. Preoperative parenteral feeding in patients with gastrointestinal carcinoma. *Lancet* 1982; 1:68-71.
26. HOLTER AR, FISCHER JE. The effects of perioperative hiperalimentation on complications in patients with carcinoma and weight loss. *J Surg Res* 1977; 23:31-4.

27. MOGHISSI K, HORNSHAW J, TEASDALE PR, DAWES EA. Parenteral nutrition in carcinoma of esophagus treated by surgery: nitrogen balance and clinical studies. *Br J Surg* 1977; 64:125-8.
28. SOETERS PB, EBEID AM, FISCHER JE. Review of 404 patients with gastrointestinal fistulas. *Ann Surg* 1979; 190(2):189-202.
29. D'ACAMPORA AJ. Progressos da anastomose mecânica em cirurgia. *Arq Cat Med* 1994; 19(4):265-7.
30. STEICHEN FM, RAVICHT MM. Mechanical sutures in surgery. *Br J Surg* 1973; 60:191-7.
31. BOLTON RA, BRINTON DC. Restorative surgery of the rectum with a circumferencial stapler. *The Lancet* 1980; 850-1.
32. GOLDBERG, STANLEY. Prevenção das complicações com o uso de grampeador intra-luminal no câncer de reto. *Rev Bras Colo-proct* 1985; 5(3):127-30.
33. REIS LDO, MARCHESINI JC. Reconstrução do trânsito digestivo após cirurgia de Hartmann – Estudo prospectivo e comparativo entre reconstrução manual e com stapler. Tema livre – 38º Congresso Brasileiro de Coloproctologia.
34. CUBERTAFOND P, CUCCHIARO G, LESOURD-PONTONNIER F, GAINANT. Early postoperative complications of resection anastomosis in colonic and colorectal surgery. An analysis of 624 cases. *Surgery* 1992; 118(1-2):86-91.
35. EVERETT WG, FRIEND PG, FORTY J. Comparison of stapling and Hand-suture for left sided large bowel anastomosis. *Br J Surg* 1986; 73:345-8.
36. CUTAIT DE. Anastomoses coloretais. *Rev Bras Colo-proct* 1986; 6:115-21.
37. GAMBEE LP, GARNJOBST W, HARDWICK CE. Ten years' experience with a single layer anastomosis in colon surgery. *Am J Surg* 1956; 92:222,
38. MATHESON NA, IRVING AD. Single layer anastomosis after rectosigmoid resection. *Br J Surg* 1975; 62:239,
39. WEST JP, RING EM, MILLER RE, BURKS WP. A study of the causes and treatment of external postoperative intestinal fistulas. *Surg Gynecol Obstet* 1961; 113:490-6.
40. MILLER HI, DORN BC. Postoperative gastrointestinal fistulas. *Am J Surg* 1968; 116:382-6.

41. TRAVERSO HD e MOLMENTI MD External intestinal fistulas. Clinical treatment. Acta Gastroenterol Latino Am 1981; 11(1): 113-69
42. BRENNER S, GUÉRIOS JRR, SOUZA FJ, MARCHESINI JB, MALAFAIA O, MORAES RS. Fístulas estercorais- análise de 120 casos. Rev Bras Colo-Proctol 1985; 5(1): 9-16.
43. ARTIGAS GV, ANDRIGUETTO PC, SHIMIZU S, BRONNER RJ, ODA CT. Fístulas digestivas. Rev Col Bra Cir 1982; 9(5/6): 225-8.
44. INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS. Ann Intern Med 1997; 126:36-47.

## **NORMAS ADOTADAS**

Foram adotadas as normas de acordo com a Convenção de Vancouver – Canadá (INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS 1997)

## RESUMO

Este trabalho conta com uma amostra de 65 pacientes, submetidos à 69 anastomoses colônicas, no Hospital de Caridade e no Hospital Florianópolis, no período de março de 1982 à dezembro de 1997, na cidade de Florianópolis.

Objetivou-se neste estudo, avaliar a incidência de deiscência de anastomoses colônicas pós-operatórias, em anastomoses sobre o colo e o reto.

Os dados foram extraídos dos prontuários dos pacientes, donde analisou-se: dosagem de proteína sérica, realização de preparo intestinal, segmento colônico anastomosado, deiscência da anastomose e óbito.

Existiram dois grupos de estudo: Grupo 1 (n= 08) cuja anastomose foi feita com stapler e o Grupo 2 (n= 61) com sutura manual, este último foi dividido em Subgrupo PU (n= 33), onde foi feita anastomose com sutura em plano único e sero-muscular e Subgrupo 2P (n= 28), com sutura em planos sero-muscular e sero-seroso.

Observou-se que aqueles que não receberam preparo intestinal (n=8), tiveram percentualmente menos deiscência anastomótica que aqueles que o fizeram (n=61). O Grupo 1 teve maior incidência de deiscência de anastomose que o Grupo 2. O Subgrupo 2P revelou menor incidência de deiscência que o Subgrupo PU. O tempo médio de aparecimento das deiscências sob a forma de fístula foi de 6,42 dias, a taxa de mortalidade foi de 4,35%.

Conclui-se que, a incidência de deiscência das anastomoses é maior com sutura com stapler. Pela análise estatística dos resultados o subgrupo 2P teve menor incidência de deiscência anastomótica, sendo a incidência de deiscência anastomótica foi de 20,29%.

## SUMMARY

This paper accounts with a range of 65 patients, submitted to 70 colonic anastomosis, since March of 1982 to December of 1997, in the Hospital Florianópolis and Hospital de Caridade, in Florianópolis City.

The reach of the study, was to view the incidence of anastomotic dehiscence postoperative in surgery of anastomosis over colon and rectum.

The datas were extract from the patient's documents, and had note: intestinal prepare, protein serum levels, level of colonic anastomosis, presence of anastomotic dehiscence and mortality.

There were two groups to analyze: Group 1 (n= 08) witch anastomosis was made by stapler and Group 2 (n= 61) with sewn suture. This later, was broken in Subgroup PU (n= 33) with suture in unique plan (sero-muscularis) and Subgroup 2P (n= 28) where the sewn suture was in two layers (sero-muscularis and sero-serosal).

The result show that in patients, who hadn't made intestinal preparation (n= 08), the incidence of anastomotic dehiscence was fewer than those who had maden (n= 61). In Group 1 the incidence of anastomotic leakage was higher than Group 2, the same way the incidence of anastomotic leakage was higher in Subgroup PU than 2P. The mean period of diagnosis was from 6,42 days and the mortality rate was of 4,35%.

## ANEXO 1

### PROTOCOLO DE BUSCA DE INFORMAÇÕES NOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

1. Nome

1. Idade

2. Sexo

3. Preparo Intestinal: ( )Sim ( )Não

4. Dosagem de Proteína Sérica: ( )Sim ( )Não

5. Técnica de Anastomose:

- Stapler ( )

- Sutura Manual ( )

- Plano único ( )

- Dois planos ( )

1. Nível de anastomose

2. Deiscência anastomótica: ( )Sim, ..... Pós-operatório ( )Não

3. Óbito: ( )Sim ( )Não

69 - 100 14  
10 - x



TCC  
UFSC  
CC  
0330

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0330  
Autor: Andrade, Carlos Vi  
Título: Análise de deiscência anastomóti



972814050

Ac. 253152

Ex.1 UFSC BSCCSM